UNIVERSITÉ PARIS VII

FACULTÉ DE MÉDECINE XAVIER-BICHAT

Année 1973 N°

THÈSE

POUR LE

DOCTORAT EN MÉDECINE

(Diplôme d'État)

par

Georges LHUILLIER

Né le 19 Mars 1943 à Saint-Germain-en-Laye

Présentée et soutenue publiquement le

MAI 1968 ET CONDUITE SUICIDAIRE

(Quelques réflexions à propos d'observations recueillies à l'Hôpital Fernand Widal)

Président de Thèse : Monsieur M. GAULTIER (Professeur)

DACTYLO-SORBONNE

8, Rue Casimir-Delavigne

PARIS-VI°

1973

Digitized by the Internet Archive
in 2026

https://archive.org/details/IA41542715_0011

UNIVERSITÉ PARIS VII

FACULTÉ DE MÉDECINE XAVIER-BICHAT

Année 1973 N°

THÈSE

POUR LE

DOCTORAT EN MÉDECINE

(Diplôme d'État)

par

Georges LHUILLIER

Né le 19 Mars 1943 à Saint-Germain-en-Laye

Présentée et soutenue publiquement le

MAI 1968 ET CONDUITE SUICIDAIRE

(Quelques réflexions à propos d'observations recueillies à l'Hôpital Fernand Widal)

Président de Thèse : Monsieur M. GAULTIER (Professeur)

DACTYLO-SORBONNE

8, Rue Casimir-Delavigne

PARIS-VI°

1973

UNIV.
LEIDEN
BIBL.

A mes Parents

A Marie-Noëlle

A notre fils

A mon frère

Avec toute mon affection

A Monsieur le Professeur M. GAULTIER

Médecin des Hôpitaux

Professeur de Clinique Toxicologique

Qui nous a fait l'honneur d'accepter la

présidence de cette thèse

En remerciement aussi de son aide précieuse

A Monsieur le Professeur A. GORCEIX

Médecin des Hôpitaux

Professeur Agrégé de Psychiatrie

Qui m'a enseigné la psychiatrie clinique

En témoignage de tout ce que je lui dois, bien au-delà de ce qu'il est possible d'exprimer ici

Au Docteur J.P. SOUBRIER

Chef de Clinique Assistant des Hôpitaux

Au Docteur R. ARLABOSSE

Chef de Clinique Assistant des Hôpitaux

Sans qui cette thèse n'aurait pas vu
le jour et qui m'ont guidé jusqu'à
son terme

Qu'ils en soient profondément remerciés

A Monsieur le Professeur P. MOLLARET

A Monsieur le Professeur M. PAYET

A Monsieur le Professeur VIC-DUPONT

A Monsieur le Professeur G. MAZARS

A Madame le Docteur PIRET

A Madame le Docteur BOITELLE

A travers eux à tous ceux qui ont guidé
mes études

A la mémoire du Docteur R.A. SCHWOB

Médecin des Hôpitaux

MAI 68 ET CONDUITE SUICIDAIRE

(Quelques réflexions à propos d'observations recueillies à l'Hôpital Fernand Widal)

-:-

P L A N

INTRODUCTION.

MATERIEL THEORIQUE.

ETUDE SUR LES SUICIDANTS HOSPITALISES A FERNAND WIDAL
Service de Monsieur le Professeur GAULTIER
du 11 mai au 20 juin 67-68-69

- Etude d'ensemble
- Singularité de 1968

COMPARAISON AUX STATISTIQUES DE L'INSTITUT DE MEDECINE LEGALE

- Suicide
- Homicide
- Accidents
  de la région parisienne

CONCLUSIONS.

INTRODUCTION

"Nous savons, bien qu'elles ne soient pas publiées, que les statistiques de l'Assistance Publique ont montré un effondrement du nombre des suicides (je pense que cela a dû être constaté ici, à Fernand WIDAL) au mois de Mai 68, étant donné qu'à ce moment là, il y avait la possibilité de lancer des cailloux".

Cette réflexion du Professeur PICHOT, en exergue de la communication du Docteur R. ARLABOSSE : "Suicide et Mass Média" 'Frustration, Agression, Mass Média et Suicide) lors de la 3e réunion du groupement d'études et de prévention du Suicide, constituait une invite à examiner, de plus près, l'incidence des évènements sur la conduite suicidaire.

D'emblée, il nous faut supposer que suicide et agression sont liés ; hypothèse déjà émise dans l'oeuvre de FREUD :

"On trouve parmi les Névrosés, certains individus chez qui l'instinct de conservation a subi un retournement. Ils semblent n'avoir d'autre dessein que de se nuire à eux-mêmes et de se détruire. Peut être, les gens qui finissent par se suicider, appartiennent-ils à cette catégorie. Nous pensons que, chez eux, des désintrications de pulsions très poussées ont dû se produire et provoquer la libération de quantité excessive de l'instinct de destruction tourné vers le dedans" (Abrégé de Psychanalyse).

C'est aussi en supposant que cet instinct a deux destinées possibles, soit vers le dedans, soit vers le dehors.

"Dans les organismes (pluricellulaires) règne l'instinct de mort et de destruction. Cet instinct destructeur, la libido l'affronte, et c'est à elle qu'il incombe de le rendre inoffensif. Pour ce faire, elle le déverse, au moyen de ce système particulier qu'est la musculature, vers le dehors sur les objets

du monde extérieur. Il se réalise alors sous forme de tendance à la destruction, à la possession, d'ambition vers la puissance (...)

Enfin, une autre partie non déversée extérieurement reste enclose dans l'organisme (...) c'est en cette dernière part de l'instinct de destruction qu'il faut reconnaître le masochisme érogène primitif" (Sur le problème économique du masochisme - 1924).

C'est en s'appuyant sur cette partie de l'oeuvre de FREUD que l'on peut concevoir, de façon très simple que l'instinct de destruction peut s'exercer sur le sujet (ou plus exactement sur une partie du Moi du sujet, comme il le précise dans Deuil et Mélancolie) ou bien s'exercer sur autrui.

Sur le plan pratique, nous essaierons de réaliser une synthèse de cette conception avec des conceptions plus sociologiques que nous présentons plus loin.

Autrement dit, cet instinct destructeur peut-il s'exercer contre autrui ou contre le sujet, selon les facteurs sociopolitiques ?

Les Evenements de Mai 1968 ont-ils eu une action sur le mode de réalisation de cet instinct destructeur ?

Voilà notre problème.

En plus de l'action que les Facteurs sociaux pourraient avoir sur le sens du vecteur destructif, auraient-ils un rôle sur le mode de suicide, ou (puisque nous étudierons les tentatives de suicide médicamenteuses) sur le type de suicide - à côté de l'influence sur le nombre.

Avant de livrer les éléments de notre enquête, nous passerons en revue les différentes théories, non psychanalytiques, susceptibles de nous fournir une nouvelle approche, une nouvelle compréhension non Freudienne, mais complémentaire à un autre niveau et à l'aide d'autres concepts plus sociologiques.

Ces différentes thèses exposées, notre matériel exploité, nous serons alors à même de voir quel type de théorisation nous permet le plus aisément de rendre compte des faits observés.

Nos sources théoriques sont assez diverses : les unes sont sociologiques, les autres font appel à des interprétations plus individualistes.

Deux grands modèles de thèses sociologiques nous intéresseront, tout d'abord, schématiquement :

Les unes mettant l'accent sur les rapports entre société et individus face au suicide.

Les autres, sur l'agressivité dans ses options possibles en fonction de la pression sociale.

La thèse de HENRY et SHORT, qui appartient à ce dernier modèle, est commode pour expliquer la relation entre Homicide et Suicide dans une société qui n'est pas en crise. Elle ne tient pas assez compte de la notion de crise économique, politique ou sociale, alors que la thèse de DURKHEIM avec en particulier les concepts "d'anomie" et "d'égoïsme", celle d'HALBWACHS avec le concept de "genre de vie" en tiennent davantage compte en faisant porter l'accent sur l'importance des liens entre individus et société, s'attachent davantage à étudier ces périodes de crise.

Nous commencerons par un bref résumé de :

DURKHEIM (Le Suicide - 1897)
puis d'HALBWACHS (Les Causes du Suicide - 1930)
puis d'HENRY et SHORT (Suicide and Homicide - 1964).
suivis d'un ensemble plus disparate, mais nécessaire.

De l'ouvrage de DURKHEIM - "LE SUICIDE" - 1897

Nous retiendrons plutôt la méthode de travail que le résumé d'une lecture mot à mot.

L'exposé fait largement appel aux schémas de la société du siècle passé où les statuts : célibat, mariage, veuvage, divorce. Statuts économiques, politiques, religieux, présentent de fortes différences avec les mêmes, actualisés.

La recherche de lois sur ces bases-là n'en reste pas moins méthodiquement bonne, quoique parfois le théorème s'imprègne des convictions personnelles de l'auteur.

DURKHEIM souligne, tout d'abord, les difficultés à donner une définition valable du suicide.

A l'usage commun, trop vague, il préfère nommer ainsi "Tout cas de mort qui résulte directement ou indirectement d'un acte positif ou négatif accompli par la victime elle-même et qu'elle savait devoir produire ce résultat.

La tentative de suicide est l'acte défini ainsi arrêté avant que la mort ne soit résultée".

"Cette définition donne une idée de la place qu'occupe le suicide dans la vie morale".

Il ne s'agit pas d'un groupe de phénomènes monstrueux, mais au contraire, reliés aux conduites normales par toute une série d'intermédiaires.

Alors que le suicide apparaît comme un acte individuel, décidé par l'individu et n'affectant que lui, DURKHEIM, sans exclure cette approche, remarque, qu'en étudiant l'ensemble des suicides d'une société donnée pendant une unité de temps donnée, le total ainsi obtenu n'est pas une simple addition de faits indépendants, une collection, mais un fait nouveau qui a son unité, son individualité et dont la nature est éminemment sociale.

Variable d'une société à une autre ; pour une même société, ce chiffre, sur une période peu étendue, est quasi constant.

Les changements observés pour des périodes relativement brèves sont l'exception et ils sont toujours contemporains d'une crise qui affecte passagèrement l'état social (ainsi en 1848, baisse brusque dans tous les états européens).

Les changements sur des périodes plus grandes sont plus amples et deviennent chroniques. Ils témoigneraient de la modification des caractères constitutifs de la société intéressée.

Chaque société a donc à chaque moment de son histoire, une aptitude définie pour le suicide. On apprécie l'intensité relative de celle-ci en prenant le rapport entre le chiffre global des morts volontaires et la population globale de tout âge et des deux sexes.

Ainsi le taux de mortalité suicide est évalué par rapport à 100.000 ou 1 million d'habitants. Non seulement, ce taux est quasi constant durant de longues périodes, mais encore, il varie moins que les principaux phénomènes démographiques, par exemple, la mortalité générale d'une année à l'autre.

L'unité et la détermination du taux de suicide sont seuls capables d'en expliquer la variabilité très particulière.

L'intention de DURKHEIM n'est pas de faire un inventaire cas par cas, de tous les commémoratifs des suicides. Il envisage seulement les conditions influant sur le taux de suicides.

Dans une première partie, l'auteur recherche quelle peut être la part de causes d'une grande généralité, facteurs extra sociaux, tels :

les états psychopathiques
la race - l'hérédité
les facteurs cosmiques
l'imitation

leur influence, même si elle n'est pas nulle, est insuffisante à expliquer à elle seule, les modifications du taux de suicide.

Premier développement qui constituait un préliminaire nécessaire au second :

Les causes sont sociales

Comment, alors, les déterminer ?

Une classification des suicides, d'après leur forme, est pour DURKHEIM impraticable : les renseignements détaillés, nécessaires à l'étude de chaque cas, font presque totalement défaut,et, vu la nature même du sujet, l'observation est impossible.

Il va falloir procéder en sens inverse : partant de l'hypothèse qu'il ne peut y avoir de types de suicides différents qu'en tant que leurs causes sont différentes.

En lieu et place d'être morphologique, sa classification est étiologique d'emblée. Méthode qui postule de la diversité des types sans les atteindre. Il sera nécessaire, pour obvier à cet inconvénient, d'étudier, après les causes, les effets, afin de ne pas se perdre en combinaisons de pure fantaisie.

Ainsi le rapprochement aux faits et une classification morphologique pourront vérifier la première.

Comment donc atteindre les causes ?

L'étude des "motifs présumés", tels qu'ils sont exprimés dans les constatations judiciaires, n'est pas une bonne méthode : l'exposé en est souvent trop défectueux ou bien il est le reflet de l'opinion que l'agent, chargé du constat, se fait lui-même des causes du suicide.

Plus encore, alors que les chiffres totaux varient considérablement, les proportions des causes présumées restent les mêmes. Mêmes proportions aussi pour des professions très différentes.

Plutôt que "chercher à résoudre d'insolubles problèmes

de casuistique morale" DURKHEIM va déterminer en fonction de quels états des différents milieux sociaux (religion, famille, profession, société politique) varie le suicide.

Il aborde ainsi l'étude de 3 catégories :

suicide égoïste
suicide altruiste (1)
suicide anomique

Nous nous attacherons à décrire : Suicide égoïste et anomique, caractéristiques des sociétés modernes.

---

(1) Le suicide altruiste caractérise les Sociétés où l'individu est fortement soumis aux valeurs collectives, par exemple, l'armée 4e type - Fataliste, caractérise l'impasse dans l'état d'esclavage.

LE SUICIDE EGOISTE

DURKHEIM observe, tout d'abord, l'incidence des Différentes CONFESSIONS RELIGIEUSES, sur le suicide.

En Europe, le suicide a une moindre ampleur dans les pays purement catholiques que dans ceux où l'église réformée tient une place, le taux maximum revenant aux pays purement protestants.

La population israélite se suicide fort peu.

Donner comme explication à ce phénomène que ces derniers (toujours) et les catholiques (parfois) sont minoritaires est insuffisant. En effet, quelle que soit la part des cultes catholiques et protestants, le taux de suicide chez ceux-ci reste le plus élevé.

Où trouver alors la raison puisque tous les cultes interdisent le suicide, et que sa prohibition a un caractère divin ?

Le culte réformé se caractérise par la pratique du "libre examen". C'est le seul élément distinctif essentiel. "Libre examen" qui n'est que l'effet d'une cause : l'ébranlement des valeurs traditionnelles à l'origine de ce besoin de liberté du protestant qui en sort davantage auteur de sa croyance. Multipliant les possibilités de schismes, l'église protestante est moins intégrée que l'église catholique.

A l'opposé l'église juive est particulièrement cohérente.

L'Angleterre, où le clergé est hiérarchisé, où le libre examen tient moins de place, a le taux le plus bas de tous les pays protestants (ce qui vérifie l'argumentation précédente).

Le goût de l'instruction accompagne l'éveil de la prédilection pour le libre examen. Il varie, lui aussi, dans le même sens que le taux de suicide.

Ceci est vrai pour les protestants chez qui l'instruction populaire a plus d'essor que chez les catholiques. Vrai d'un pays protestant comparé à un pays catholique, mais aussi, dans un même pays catholique, en Italie, il y a plus de suicides, là où il y a le moins d'analphabètes.

L'exception des groupes juifs n'est qu'apparente, l'instruction largement répandue y est un moyen de lutte et d'intégration aux autres groupes, plutôt qu'une manifestation de doute.

La science n'est pas la cause de la désorganisation de la religion, l'une et l'autre dérivent du même état, et le recours au développement intellectuel, le seul possible dans les périodes critiques de la foi.

Le rôle de la religion peut être précisé :

Ce n'est pas en prêchant à l'homme le respect de sa personne qu'elle l'empêche de se détruire, mais c'est parce qu'elle forme une société, le détail des rites et des dogmes est secondaire, l'essentiel est que la religion soit de nature à alimenter une vie collective d'une suffisante intensité.

Si c'est en tant que société que la religion préserve du suicide, d'autres types de sociétés produisent probablement le même effet.

A la famille.

Il semble (observation sur un nombre restreint de cas) que le mariage trop précoce ait une influence aggravante sur le suicide.

Au-dessus de vingt ans, les mariés sont mieux préservés du suicide que les célibataires.

Les veufs sont, eux aussi, préservés, mais à un degré moindre.

La préservation est différente selon la société et le sexe envisagés.

A quelles raisons attribuer l'immunité des mariés ?

La sélection maritale ne tient pas le rôle majeur. La constitution du groupe familial l'emporte. La protection de ce groupe est d'autant plus efficace qu'il est plus dense.

La même loi s'applique :

aux Sociétés Politiques.

Les grandes commotions s'accompagnent d'une baisse du taux de suicide.

Révolution de 1830
Révolution de 1848
Coup d'Etat de Louis Napoléon BONAPARTE

Les crises électorales, pour peu qu'elles aient d'intensité, ont parfois le même résultat :

Coup d'Etat parlementaire de Mai 1877
Election de 1889 qui mit fin à l'agitation Boulangiste.

Ce n'est pas à la crise elle-même qu'est due l'influence salutaire, mais aux luttes dont elle est la cause, l'individu se trouve davantage intégré dans une lutte commune.

Il a été établi successivement que le suicide varie en raison inverse du degré d'intégration de la société
religieuse
domestique
politique
rapprochement qui met en évidence que l'influence modératrice de ces sociétés n'est pas due à leurs traits distinctifs, mais à

leurs points communs.

Il n'en reste en fait qu'un : ce sont des groupes sociaux fortement intégrés.

La société ne peut se désintégrer sans que, du même coup, les fins propres de l'individu deviennent prépondérantes. Sans que la personnalité ne se mette au-dessus de la personnalité collective.

DURKHEIM convient d'appeler EGOISME cette situation où le moi individuel s'affirme en excès face au moi social.

La Force Collective étant l'un des obstacles qui peuvent le mieux contenir la tendance suicidaire, celle-là ne peut s'affaiblir sans que celle-ci augmente. Lorsque la solidarité au groupe vient à disparaître, disparaissent aussi les bénéfiques échanges entre groupe et individu. Il y a des situations où l'individualisme excessif favorise les causes du suicide.

Ceci n'est que secondaire : l'individualisme est directement cause de suicide.

En effet, il détache l'homme d'un objet qui le dépasse. La vie est certes possible sans cela : on peut s'en tenir aux satisfactions des besoins physiques. Pour l'homme adulte, cette éventualité serait un déficit - Le déficit d'une vie sociale.

DURKHEIM insiste sur ce qui a été souvent dit, l'homme est double : physique et social, le lien social est nécessaire.

Que la société vienne à se désagréger, l'homme social à qui tient le prix de l'existence se désagrège à son tour - source de désespoir.

Ce détachement peut se produire chez des individus, isolément.

Mais il émane aussi du groupe : état de dépression de désenchantement qui exprime la décrépitude du groupe. Cependant, aussi isolé que l'individu, il n'est pas totalement affranchi de la société dont il subit encore l'influence : communion où ne reste plus à partager que la tristesse.

LE SUICIDE ANOMIQUE

"La société n'est pas seulement un objet qui attire à soi avec une intensité inégale les sentiments et l'activité des individus. Elle est aussi un pouvoir qui les règle. Entre la manière dont s'exerce cette action régulatrice et le taux social des suicides, il existe un rapport".

Les Sociétés économiques.

Un fait connu : les crises économiques aggravent le penchant au suicide, exemple :

Les crises économiques de Vienne, Francfort sur le Main
Krach de la Bourse de Paris (Hiver 1882)

L'aisance devrait, par conséquent, avoir un effet contraire.

Il n'en est rien : l'unité Italienne, l'unité Allemande aussi bien que les expositions universelles sont à l'origine d'une plus grande prospérité. Le taux de suicide, pourtant, a, au cours de ces périodes, augmenté.

DURKHEIM ne voit qu'une explication à ce phénomène : il n'y a rien dans l'homme qui limite les passions. Une puissance extérieure est donc nécessaire.

La société joue ce rôle. Elle exerce un pouvoir modérateur.

Frein qui n'est ni physique, ni exécutif, d'aucune manière mais moral. Quand la société est troublée, elle ne peut plus jouer ce rôle.

Nouvelle situation qui est un état de dérèglement ou encore d'ANOMIE.

C'est, partant d'exemples de crises aiguës que le concept d'anomie vient d'être envisagé.

Dans la société économique moderne (commerce, industrie), l'état d'anomie est chronique, c'est un facteur régulier et spécifique de suicide.

Société Familiale.

Taux de divorce et de suicide augmentent parallèlement.

Non parce que divorcés et suicidés (Thèse de BERTILLON) sont de déséquilibrés : il y aurait alors en Suisse quinze fois plus de déséquilibrés qu'en Italie.

Mais parce que la conception même du mariage (qu'il y ait ou non divorce) est différente dans les pays où l'on peut divorcer de ce qu'elle est dans ceux où c'est interdit.

Le divorce expliquerait un affaiblissement de la règlementation matrimoniale.

On en revient donc au constat que le frein moral de la société est moindre.

Ce qui importe cependant qu'une règlementation existe, mais qu'elle soit acceptée par les consciences, qu'elle ait une autorité morale. Sinon, elle gêne sans servir.

Formes individuelles des différents types de suicides.

A présent, une classification morphologique est possible, Elle va permettre de vérifier la réalité de la précédente (étiologie) dans - retour au fait sensible.

Démarche difficile : la part subjective y est importante, là où il faut reconnaître la marque sociale dans un acte marqué de l'empreinte personnelle de son exécuteur.

De façon convaincante, DURKHEIM présente et oppose différents types.

RAPHAEL (de LAMARTINE) méditatif, pratiquement étranger à une société qui, dans les points où il la touche, n'est pas assez fortement intégrée, comme modèle de suicide égoïste.

WERTHER, "Coeur turbulent", épris d'infini et RENE (de CHATEAUBRIAND), inassouvi, tous deux aux passions sans bornes, comme modèles de suicide anomique.

Descriptions qui montrent les rapports et les différences du suicide anomique et du suicide égoïste.

Suicidés pris du "mal de l'infini", mais alors qu'ici l'intelligence réfléchie se perd, là, c'est la sensibilité passionnée qui l'emporte.

Il existe également des suicidés mixtes (ou bien réalisant des combinaisons avec l'altruisme, que nous n'avons pas développé).

Soulignons de notre côté que suicide égoïste et suicide anomique montrent, tous deux, l'importance de la pression sociale et du poids de la collectivité sur le comportement individuel.

Si la pression s'effondre, l'individu peut aller jusqu'au désespoir.

La distinction entre les deux types tient, en fait, à une différence d'éclairage.

Au chapitre suicide égoïste, démonstration nous est faite du rapport entre l'intégration, l'intensité,des contrôles sociaux et le suicide.

A propos du suicide anomique, l'éclairage porte sur la

société DURKHEIM nous entraîne à la recherche de l'origine de son pouvoir régulateur.

Ainsi, le fait suicide se trouve étroitement subordonné à la vie de la société.

Vie collective qui comprend des proportions variables d'égoïsme, d'altruisme et d'anomie. Ou bien, ces courants s'équilibrent et l'individu est protégé du suicide. Ou bien, l'un des courants l'emporte : l'individu est alors exposé au risque suicidaire.

Le premier des cas, idéal pour l'individu n'est pas viable pour la société qui, plutôt qu'une stagnation contraignante, a besoin de liberté, d'indépendance morale.

Le suicide, un certain taux de suicide, est donc une contrepartie inévitable et normale à une vie sociale.

C'est l'accroissement du taux des suicides que DURKHEIM voit comme un fait anormal : signe, "indice de l'état de perturbation profonde dont souffrent les sociétés modernes", afin de parer à cette inclination néfaste, il est nécessaire de renforcer l'intégration sociale.

Et l'auteur propose pour y remédier l'intégration de l'individu à des groupes professionnels fortement organisés (rôle qui ne peut être imparti, ni aux communautés religieuses ou familiales, ni au cadre politique).

LA THESE D'HALBWACHS

Les causes du suicide (1930), vient rectifier celle de DURKHEIM, plutôt qu'elle ne lui oppose de critique vraiment fondamentale : pour l'un comme l'autre, l'expression, comme les causes tiennent à la société.

Les différences portent cependant sur des points importants.

HALBWACHS a l'avantage de pouvoir travailler sur de nouvelles statistiques plus étendues et plus précises que son prédécesseur.

Contrairement à lui, il ne voit pas, dans l'augmentation du taux de suicide, un phénomène anormal.

Le taux aurait tendance à s'uniformiser de pays à pays pour se stabiliser à un certain maximum (1)

HALBWACHS prend un certain recul par rapport aux statistiques, soulignant bien qu'elles fournissent le nombre global des suicides survenus dans un groupe social et non les faits sociaux auxquels se rattachent ces suicides.

Cet ensemble de suicides réalise "fait de sociologie totale", un tout dont il est impossible d'isoler les éléments. Les longs développements où DURKHEIM isolait, tantôt le rôle de la religion, tantôt celui de la famille lui paraissent illusoires. Même à les reconnaître comme facteurs différents possibles, ils ne sont pas isolables dans leurs conséquences, l'élément essentiel est plus global, c'est le GENRE de VIE, qui peut se ramener au nombre d'occasions qu'il fournit aux individus d'entrer en rapport entre eux, Rapports tous susceptibles, quel que soit leur genre, de provoquer des suicides. Si l'on multiplie les contacts d'un individu avec son entourage, on multiplie, en même temps, ses chances d'être isolé de la société par échec de ces rapports.

(1) En fait, un travail britannique montre que le taux de suicide sur la décennie 1956-1965 a permis de noter une diminution dans les pays occidentaux.
Toutefois, la proportion des suicides chez les jeunes aurait augmenté considérablement : 75 % chez les jeunes gens - 22 %

Lacune, vide social cause véritable et unique de suicide.

A propos des temps difficiles (guerres, crises politiques) HALBWACHS écrit :

"Dans un train de vie plus uni, dans un milieu social plus uniforme, il y a moins de heurts et de frottements entre individus, c'est à dire moins d'occasions de mécontentement et de désespoir" faisant perdre à l'intégration sociale le rôle essentiel, exclusif que lui attribuait DURKHEIM dans la préservation.

A propos des crises économiques, contrairement à DURKHEIM, il établit que, seules les périodes de récession ont une influence sur le taux de suicide niant donc l'importance que son prédécesseur attribuait à l'état d'anomie.

HALBWACHS insiste sur la complexité des sociétés contemporaines qui, multipliant ou diversifiant les occasions de contact entre les hommes, les expose davantage au risque suicidaire.

Enfin, HALBWACHS va très avant dans les rapports entre pathologie et sociologie, tout suicide "relève théoriquement de la psychopathologie étendue jusqu'à ses extrêmes limites" Inversement, il n'est guère de suicides, même psychopathiques, qui ne relèvent de la sociologie", de plus, l'optique psychopathologique ne qualifie le suicide que par l'intermédiaire d'une opération sociale : l'isolement au sein du groupe.

Ainsi, il importe peu au sociologue de savoir si le suicide est ou non pathologique, puisque dans l'affirmative comme dans la négative, il est toujours d'origine sociale.

Tels sont les deux piliers de la thèse sociologique qui est largement critiquée.

Critiques radicales : le suicide n'a aucun ressort social.

Selon A. DELMAS (1932), la prédisposition anxieuse est seule origine du suicide. Que ce soit la cyclothymie pour environ

---

.... chez les jeunes filles - La baisse globale a donc intéressé d'autant plus fortement les adultes.

90 % des cas ou l'anxiété de l'hyperémotivité constitutionnelle dans les 10 % restants.

Conséquence : "Le sociologue ne peut ouvrir comme voie à la prophylaxie du suicide ; c'est l'affaire de la biologie"...

D'autres critiques sont plus nuancées :

Le suicide n'est ni exclusivement "pathologique", ni exclusivement "sociogénique".

G. DESHAIES (1947) réduit à trois principes majeurs la thèse sociologique qu'il conteste :

Principe de constance du taux de suicide (qui permet à DURKHEIM d'en dériver les racines sociales).

Hypothèse d'homogénéité morphoétiologique, l'unité sociale de la cause et de l'effet qui axe le travail de DURKHEIM.

La sociogénèse : DURKHEIM explique l'augmentation du taux de suicide comme l'effet de la désintégration de la société. HALBWACHS, comme l'effet d'une lacune, d'un vide social, même, lorsque les causes sont apparemment individuelles.

Pour DESHAIES, le suicide échappe à la sociologie, c'est un acte de structure essentiellement psychologique, sans pour autant être dépourvu de toute empreinte sociale. Non pas une empreinte génératrice comme si la société jouait un rôle de matrice, mais une marque au passage.

La thèse de DURKHEIM a vieilli. Elle reste, cependant, présente à l'esprit d'auteurs modernes.

Les travaux américains de HENRY et SHORT "Suicide and Homicide" (1964), ont repris la thèse sociologique en utilisant le concept Freudien d'Instinct de destruction tourné vers le monde extérieur ou vers le sujet.

Ils font jouer un rôle essentiel à un facteur qu'ils nomment contrainte externe. L'intensité de cette contrainte externe

L'intensité de cette contrainte externe commanderait l'utilisation de l'instinct de destruction. Ce facteur de contrainte externe est assez difficile à définir de façon abrégée, il traduirait la limitation qu'impose la contrainte sociale aux aspirations et à la réalisation des désirs de l'individu.

Ainsi, la position de l'individu dans la hiérarchie sociale, son âge, sa race, la structure familiale dans laquelle il se trouve et bien d'autres facteurs sociaux jouent un rôle essentiel.

Schématiquement :

-les sujets ayant le moins à subir de contrainte externe, de contrainte sociale, par exemple, célibataires - jeunes -appartenant à des milieux aisés, libérés, des urgences matérielles, auront la tendance suicidaire la plus forte.

- alors que les sujets subissant une forte contrainte externe, par exemple, les agents les plus pauvres, les Noirs, ceux dont la condition sociale est inférieure et qui ont le plus grand nombre d'enfants, ont le taux d'homicide le plus élevé.

- les uns, aisés, sont exposés au suicide et peu à l'homicide.

- les autres, subissant un maximum de contrainte sont plus enclins à l'homicide, moins au suicide.

Ainsi établie la relation entre contrainte sociale externe, taux de suicide, taux d'homicide, il semble que l'agressivité s'exprime de façon différente selon la place du sujet dans la hiérarchie sociale. Suicide ou homicide.

Bien d'autres études seraient nécessaires avant de généraliser, de conclure que l'amélioration du niveau de vie puisse réellement entraîner en même temps que la diminution des homicides, l'augmentation des suicides.

Il serait intéressant de voir si le niveau socio-économique de notre population de suicidants de 1968 est différent de ceux de

67 et 69. Nous verrons, plus loin, les difficultés que nous avons rencontrées.

L'ouvrage de HENRY et SHORT n'est pas le seul à aborder le suicide comme l'une des conduites agressives.

Certains auteurs y voient une explication à la supériorité numérique des tentatives de suicide de la femme sur l'homme (3 fois plus environ).

La société fournirait à l'homme des possibilités plus grandes et plus diverses d'expression de son agressivité qu'à la femme.

PORTERFIELD dans "Traffic Fatalities, Suicide and Homicide" (1960) met en évidence une étroite relation entre le taux de suicide-homicide et le nombre d'accidents d'automobile dans les diverses sections des grandes villes. PORTERFIELD conclut : "Un comportement dangereux au volant est probablement caractéristique de personnalités appartenant à la même catégorie que celles qui manifestent des tendances au suicide ou à l'homicide".

Ainsi se trouvent annexées au suicide des conduites de risque que certains intitulent "para-suicides". Le champ d'étude et de réflexion est considérablement élargi. On en revient à la préoccupation première : definir. Redéfinir, resituer jusque dans le champ de Frustration/ agressivité / violence.

Les travaux de réflexion sont nombreux, l'ouvrage de J.A. M. MEERLOO, intitulé "Le Suicide" (1966)et dont le chapitre XII est consacré à "la frénésie de la vitesse, forme déguisée de suicide de masse" en est un exemple.

Le domaine des toxicomanies a, lui aussi, une parenté avec les conduites suicidaires. On connaît la gêne du clinicien à établir une limite entre les deux lorsque la question se pose.

Les sociologues relèvent, eux aussi, le lien entre toxicomanie et franchissement léthal. Une enquête de LOS ANGELES rapproche les 55 % de tentatives de suicide par barbituriques de la

prédilection pour ces mêmes barbituriques d'une vague croissante de drogués.

Cette constatation est nuancée par le fait que la majorité des suicides réussis le sont par arme à feu.

Pour en terminer avec les ouvrages sociologiques, un bref aperçu des nombreux travaux comparatifs d'une société à l'autre :

Le rapport des taux de suicide d'un sexe à l'autre est variable :
On note par exemple :
en France, 3 suicides d'hommes pour 1 de femme
en Irlande, 6 suicides d'hommes pour 1 de femme
au Japon, 1 suicide d'homme pour 1 de femme

selon l'ethnie :

une enquête dans le territoire de Singapour où la population est composée de 75 % de Chinois - 15 % de Malais - 8 % d'Indiens et 2 % d'Européens révèle un taux de suicide très bas chez les Malais, tandis qu'il est plus élevé dans les groupes culturellement soucieux de l'achèvement de la personnalité, tels Chinois et Européens.

Le maximum selon l'âge est lui aussi variable :

Ainsi au Japon, ce sont les jeunes hommes les plus exposés au risque suicidaire.

Nous avons vu, par ailleurs, que la baisse générale observée en Occident n'est pas harmonieuse, qu'elle prédomine sur les classes mûres, que l'exposition des jeunes augmente.

Le type et les motivations sont, eux aussi, variables d'une société à l'autre.

On peut observer à ce sujet que la place de la mort n'est pas fixe d'une culture à une autre.

Quelques éléments pour clore ce chapitre théorique et qui procèdent d'un mode d'approche plus individuel.

J.T. BARTER souligne, chez l'adolescent, l'importance de trois facteurs dans le passage à l'acte suicidaire :

- la dépression
- l'impulsivité
- les difficultés rencontrées dans les relations interpersonnelles.

Au maximum chez l'adolescent, ces facteurs se manifesteraient à un degré moindre chez l'adulte.

A leur sujet, on peut se demander :

- si des facteurs sociaux n'influenceraient pas le passage de dépression à manie,
- si l'impulsivité exprimée sur un mode social différent ne pourrait se manifester par des "prises de risque" d'un modèle différent de la tentative de suicide.
- si les modifications de relations interpersonnelles - familiales - professionnelles - politique (déjà soulignées par les sociologues) ont été à l'origine de davantage de difficultés).

Selon R.H. SEIDEN - S.A. WINICKOFF et H.L.P. REZNIK, les causes de tentatives de suicide seraient, soit :

- un signal de détresse
- un essai de manipulation d'autrui
- une punition de l'autre
- un désordre mental
- une réaction à un rejet
- un sentiment de culpabilité ou de doute

Il faudrait voir si la proportion de ces causes a varié.

Il faudrait encore ajouter l'influence des évènements lorsque ceux-ci sont commentés par le suicidant.

- soit dans une participation directe ou une fuite des évènements politiques ou des actions de grève,
- soit l'effet de choc de scènes de violence chez ceux qui en ont été les témoins directs.

- l'incidence aussi des Mass Média.
- l'incidence des évènements sur la libération sexuelle, sur les conduites toxicomanes.

peut être à un niveau plus profond la place de la mort dans cette société modifiée dont le climat était, pour certains une fête, pour d'autres une panique.

En conclusion de cette partie qui peut paraître hétérogène, nous devons préciser quelle était sa fonction.

Partis de concepts de base : instinct de destruction, agressivité, nous ne nous sommes pas posé le problème de leur relation et nous les avons traités comme s'ils étaient très proches. Ils n'intéressent pas en fait des champs exactement superposables.

En utilisant ces concepts, nous avons supposé que l'expression auto ou hétéroagressive dépendait d'éléments socio-politiques économiques et nous avons été amenés à un survol rapide des théories sociologiques à la recherche de modèles qui nous permettent de théoriser le destin de cette agressivité en Mai 68.

MATERIEL ET OBJET D'ETUDE

Le matériel consiste en dossiers (tentatives de suicides médicamenteuses) recueillis à l'unité de psychiatrie de l'Hôpital Fernand WIDAL - Service de Monsieur le Professeur GAULTIER - Salle LECORCHE - La période étudiée est celle du 11 mai au 20 juin 67-68-69.

Le choix de la période du 11 mai au 20 juin :

En 1968, bien que le mouvement étudiant débute le 3 mai : meeting de la Sorbonne et intervention de la Police sur ordre du recteur ROCHE, puis aille en s'amplifiant,

C'est le 11 mai que l'envergure des évènements deviendra la plus grande :

- nuit de barricades du 10 au 11
- mot d'ordre de grève générale pour le lundi 13 Mai, lancé conjointement UNEF - CGT - CFDT et FO.

Le choix du 20 juin est plus arbitraire.

On peut considérer qu'à cette date, la grande majorité des grévistes a repris le travail (le 14 juin, il y avait encore près d'un million de grévistes, en particulier dans la métallurgie). Le mouvement étudiant et lycéen est en perte de vitesse (dès le 14 juin, le Gouvernement avait interdit toute manifestation sur la voie publique et dissout tous les groupes d'extrême gauche). Depuis le début Juin, de nettes divergences étaient apparues parmi les participants au mouvement, elles ne feront que s'accroître.

Le choix de ces deux dates moyennes, 11 mai, 20 juin, peut donc être critiqué.

L'UNITE DE PSYCHIATRIE :

La Salle LECORCHE est spécialement réservée aux rescapés de tentatives de suicide.

Les entrées se font de deux manières :
- soit directement, pour le service de consultation et d'urgences de l'hôpital pour un petit nombre,
- soit, pour l'essentiel des patients, en ffanchissant la porte qui sépare la Salle LECORCHE de l'unité de réanimation adjacente, au réveil d'un coma toxique.

L'unité de réanimation draine un recrutement à l'échelle de la Région Parisienne.

Certains entrants comateux ont été, dès leur réveil, redirigés sur leur l'hôpital de circonscription sans passer par l'unité de psychiatrie.

Service des comas, ainsi que des post comas sont très fréquemment complets.

- A noter encore que ces trois années-là quasiment toutes les tentatives de suicide dirigées sur Fernand WIDAL se trouvaient regroupées Salle LE CORCHE.

La prise en charge est assurée :
- par une équipe médicale spécialisée comprenant :
  - un psychiatre assistant de la Salle
  - un interne
  - des externes
  - des psychologues
  - une équipe infirmière
  - un service social approprié

Le patient, l'équipe, peuvent ainsi faire le point.

Très tôt dans la prise en charge, une division s'opère parmi les patients :

- certains ont essentiellement des problèmes médicaux ou psychiatriques

- d'autres ont essentiellement des difficultés sociales ou d'entourage.

Ces facteurs ont une incidence sur la prise en charge et sa durée.

LES OBSERVATIONS.

Il revient aux externes de les remplir.

La plupart des dossiers comprennent un questionnaire élaboré par Monsieur le Professeur GORCEIX.

Quelques lacunes : le goût de la note en marge l'emporte souvent sur le souci de précision, si bien que des éléments pourtant simples (âge, profession, etc...) restent en blanc dans une observation qui témoigne, par ailleurs, d'un vif intérêt pour la personne du patient.

Les observations élaborées par les psychologues étaient beaucoup plus précises, mais leur nombre très réduit nous a fait renoncer à les utiliser.

Un premier temps de notre travail a consisté en un résumé, cas par cas, avec une mise en page synoptique des données essentielles.

L'étude globale n'est venue qu'ensuite.

EXAMEN D'ENSEMBLE.

Nous avons déchiffré 221 dossiers qui se répartissent sur les trois années de la façon suivante :

1967	48 Femmes	21 Hommes	69
1968	57 Femmes	31 Hommes	88
1969	52 Femmes	12 Hommes	64
au total	157 Femmes	64 Hommes	221

D'emblée, on note que le recrutement de 68 est le plus nombreux. Nous allons y revenir plus loin.

Auparavant, une brève étude de l'ensemble des trois recrutements nous paraît intéressante :
- de façon à y comparer 1968
- surtout de façon à avoir un aperçu du recrutement de ce service très spécialisé par rapport au fait-suicide et au fait tentative de suicide, que par certains points, l'on a coutume d'opposer (1)

Sur les 221 dossiers des trois années :

- 157 Femmes 64 Hommes
  soit environ 5 pour 2

  selon l'âge :
- un maximum de moins de 30 ans
  près de la moitié des cas : 105 dont 83 femmes
  - 6 adolescents de moins de 20 ans
  - 23 adolescents de moins de 20 ans

- un minimum passé 50 ans

- un minimum qui s'accuse passé 60 ans.
  11 cas dont 10 en 1968 (1/20e)

- 54 récidives soit : 1 sur 4
  113 cas présentent des éléments pathologiques

- 26 Psychoses (exclusion faite de mélancolie)
  dont 12 chez des hommes de moins de 30 ans
  4 chez des jeunes femmes

- 31 dépressions sévères
  intéressant surtout des femmes

- 9 éthyliques, dont 7 hommes.

---

(1) D'une façon schématique :
- la Femme fait davantage de tentatives de suicides que l'homme (environ 3 pour 1)
- l'homme se tue plus (environ 2 pour 1)
- le suicide est plutôt le fait de l'homme de plus de 40 ans - par arme à feu ou pendaison - il a fréquemment eu des ennuis de santé
- la tentative de suicide, le fait de la femme de 20 à 30 ans elle utilise des barbituriques - par d'antécédents pathologiques.

Il existe donc une certaine corrélation avec les aphorismes classiques :
- un maximum de femmes jeunes,
- cependant les éléments pathologiques sont plus nombreux que ne laisse prévoir l'intitulé "tentative de suicide".

Au-delà des aphorismes, essayons un rapprochement avec deux échantillons concrets :
- l'un de tentatives de suicide
- l'autre de suicide.

Tentative de Suicide.

STENGEL donne en exemple un groupe de 76 patients admis dans un Hôpital général londonien de taille moyenne (le mode de suicide n'est pas précisé).
- 26 hommes - 50 Femmes, soit 1 pour 2
- environ 1/4 des patients avaient plus de 60 ans
- sur le plan pathologique (tous les cas sont répertoriés)

Schizophrénie	1
Maladies dépressives	20
Autres états dépressifs	45
Personnalités psychopathiques	8
Etats confusionnels	2

Bien qu'on ne puisse généraliser (STENGEL le précise) d'après ce groupe, il présente des différences avec le nôtre qu'il faut relever :
- plus d'hommes
- beaucoup plus de sexagénaires
- 1 schizophrène seulement
- beaucoup plus de dépressions

Il faut tout de même souligner que chacun des 76 cas est étiqueté sur le plan pathologique - à la différence de notre travail.

Cette différence n'est peut être pas la seule qui joue : du fait de la haute spécialisation de la Salle LECORCHE, le rédacteur de l'observation est peut être influencé dans le sens de la minimisation d'un symptôme trop habituel. La même influence a pu s'exercer aussi sur le lecteur.

Restent les psychoses nettement plus nombreuses dans notre lot.

Morts volontaires :

Nous disposons de l'enquête de notre Maître GORCEIX sur les 869 cas de suicides relevés dans le répertoire des enquêtes du territoire de la Seine en 1962.

- 148 dossiers de vérification

(La vérification est plus ou moins fréquemment pratiquée, selon le moyen utilisé : 1 fois sur 5 pour asphyxiés ou pendus qui constituent 50 % des morts volontaires, 1 fois sur 3 pour les suicidés par poison qui constituent 10 % des morts volontaires.)

Sur 148 dossiers :
- 107 hommes
- 41 Femmes
- âge moyen 47 ans.

Troubles psychiques
- 30 % avec certitude
- 20 % probablement

Maladies graves physiques 16 %.
Alcoolisme chronique 24 %
Récidives 20 %.

Donc recrutement :
- très différent du nôtre si l'on considère âge et sexe
- beaucoup plus proche du nôtre que le précédent, si l'on considère les éléments pathologiques. La population qui nous concerne comprend cependant moins d'alcooliques, moins de malades physiques.

En fait, il est bien difficile de se prononcer sur ces différences.

Quantité de facteurs y entrent en jeu.

En praticulier, la réanimation qui ressuscite des morts volontaires.

Egalement, la réputation du Service en matière de suicidologie.

Les différences paraissent à bien des auteurs n'être pas l'élément dominant.

Telle est l'impression de notre Maître GORCEIX au terme de son enquête :

"... population de morts volontaires et population de tentative de suicide, loin d'être distinctes, sont largement superposables. La mort au cours d'une récidive est là pour en témoigner avec éclat. Mais, plus encore, l'impression dans bien des dossiers de l'un et l'autre groupe d'un ensemble de facteurs communs : Facteur de contrainte et d'abandon, de conflit et de solitude qui créent autour du candidat, l'atmosphère indispensable au déclenchement final".

SINGULARITE DE 1968.

Revenons à l'étude année par année :

1967	69 entrants	48 Femmes	21 hommes
1968	88 entrants	57 Femmes	31 Hommes
1969	64 entrants	52 Femmes	12 Hommes

Recrutement le plus nombreux en 68.

Résultat paradoxal par rapport à la baisse significative des suicides enregistrés au greffe de l'Institut de Médecine légale, et qui porte surtout sur les hommes - (Nous envisagerons plus loin une étude de ces résultats).

- Le fonctionnement du Service, toujours plein, permet d'en donner une explication :

1967 69 hospitalisations ..... 671 journées
moyenne 9,7
1968 88 hospitalisations ..... 680 journées
moyenne 7,3

En 1969, est intervenue une diminution de quatre du nombre de lits - la rotation a été plus rapide.

Nous n'avions pas l'intention en entreprenant notre travail de faire une étude quantitative poussée à partir des dossiers de la Salle LECORCHE, mais plutôt une étude de variations qualitatives. Nous nous attendions d'avance à des difficultés quant aux résultats quantitatifs.

C'est aussi en 68 (autre paradoxe) que la proportion d'hommes est la plus forte :

1 pour moins de 2 femmes (1,9)
contre 1 pour plus de 2 femmes en 67 (2,3)
1 pour plus de 4 femmes en 69 (4,3)

Ces variations du nombre d'hommes sont beaucoup plus nettes que celui des femmes - Les hommes contribuent, en plus grande proportion à l'augmentation globale de 68.

En vue d'un examen plus approfondi, nous avons envisagé une étude d'ensemble sous différents points de vue.

La présentation par âge et sexe s'est avéré être la meilleure base :

- critères simples qui manquent exceptionnellement
- présentation qui fait ressortir de nettes différences entre 68 et les deux autres années.

D'autres voies, d'abord, se sont avérées peu utilisables du fait du manque de renseignements d'assez nombreux dossiers.

Nous voilà privés, par exemple, d'une étude globale fidèle selon la situation socio-professionnelle utile à une interprétation globale selon le modèle proposé par HENRY et SHORT.

Ce défaut d'ensemble se fera moins sentir dans certains

33. *Récidives et éléments pathologiques nets*

	FEMMES			HOMMES		
	67	68	69	67	68	69
Récidives	12	15	15	1	10	1
Dépressions sévères	5	11	9	4	1	1
psychoses autres que P.M.D.	6	3	4	4	7	3
Ethylisme	1	0	1	3	4	0
Autres éléments psychiatriques	11	3	5	2	2	4
Total "psychiatriques"	23	17	19	13	14	8
Affections "physiques"	3	3	1	1	1	1
Femmes enceintes	3	3	3			
Total Pathologie	29	23	23	14	15	9
Dossiers sans renseignements	8	12	5	4	3	3
Total des Dossiers	48	57	52	21	31	12

groupes par tranche d'âge - peut être pourrons-nous partiellement le compenser.

Tout d'abord, une analyse rapide de notre matériel à partir de ces différents points de vue :

- Récidives selon sexe par période
- Eléments pathologiques selon sexe par période
- Situation socio-professionnelle
- Motivation circonstances déclenchantes.

pour terminer sur ce qui est dit des évènements par les patients.

Puis, nous aborderons une étude plus approfondie à partir de la présentation selon âge et sexe afin de déboucher sur un modeste essai d'application théorique.

Conduite de Récidive.

- très nette augmentation des hommes récidivistes en 68.
- pas de variations significatives chez les femmes cependant :
- chez les femmes de 68 - 11 sur 15 des récidivistes n'ont pas d'autres antécédents notoires.
- chez les hommes - 5 sur 10 ont d'autres antécédents

Eléments pathologiques nets

- pas de variations d'ensemble significatives
- dans le détail :

les dépressions sévères intéressent plus les femmes que les hommes et davantage en 68 que les autres années. (Mais nous avons vu le caractère subjectif de l'appréciation de la dépression).

- les psychoses, autres que Psychose maniaco dépressive intéressent les deux sexes.
- baisse en 68 pour les Femmes
- hausse en 68 pour les Hommes
  (6 sur 7 des psychotiques ont moins de 30 ans).

35. Selon situation professionnelle

du 11 Mai au 20 Juin

	FEMMES			HOMMES		
	67	68	69	67	68	69
on ne sait pas	17	23	16	7	5	3
scolarité	5	3	8	1	0	1
manuel	10	8	8	8	13	4
bureau	4	8	9	1	4	0
cadre ou responsable	2	3	4	1	5	1
niveau cadre supérieur	2	4	1	1	1	0
chomage	1	0	0	1	0	2
retraité ou sans profession	6	4	6	1	1	0
arrêt de travail	1	3	0	0	2	1
Totaux	48	57	52	21	31	12

Selon situation professionnelle et niveau de base :

Davantage d'observations ne fournissent pas de renseignements dans ce domaine.

23 dossiers de Femmes sans renseignements en 68 (1). Nos assertions n'ont donc qu'une valeur des plus relatives, on peut noter néanmoins :

- que c'est en 68 que les scolarisés (lycéens, étudiants) des deux sexes sont le moins touchés.
  en 68 3 Femmes - pas d'Hommes
  contre 5 Femmes - 1 Homme en 67
  et 8 Femmes - 1 Homme en 69

- les Femmes exerçant un emploi manuel ou de bureau sont en proportion stable sur les trois années.

- par contre, les Hommes des mêmes catégories sont en bien plus grand nombre
  en 68 13 + 5
  contre 8 + 1 en 67
  4 + 0 en 69

- au niveau cadre supérieur, on relève 4 Femmes en 68
  contre2 en 67
  1 en 69

Selon situation familiale :

Aussi bien les situations familiales en équilibre ou sans commentaires que les situations difficultueuses sont réparties dans des proportions équivalentes ou selon des différences non significatives au sein des trois lots interrogés.

Nous avons dû renoncer à une étude d'ensemble selon situation socio-professionnelle.

Selon les circonstances ou la détermination exprimée :

là aussi : - déceptions sentimentales
- soucis financiers

---

(1) répartis de façon assez régulière selon les ages.

- difficultés conjugales
- travail, etc...

sont régulièrement invoqués sans différences significatives d'une année à l'autre.

La fatigue, le surmenage, tous éléments susceptibles d'entrer dans le cadre d'une dépression incipiens sont aussi fréquemment notés que dans les deux autres populations.

Dans 8 cas seulement sur 70 dossiers assez complets, les malades ont exprimé un rapport entre leur tentative de suicide et les évènements, un résumé succinct de ces 8 observations nous donnera un aperçu de cette relation.

M. X..., 67 ans.

Marié, licencié en Droit et des Arts et Métiers - en longue maladie. Il vit péniblement son invalidité depuis la guerre. C'est sa 2e tentative de suicide.

Il occupe son temps à participer à,la gestion des affaires de sa Femme - Avec les grèves surviennent des difficultés financières - Luis se sent plus inutile que jamais.

-

Mme X..., 44 ans.

Seule, elle a une fille de 20 ans - Déprimée depuis 1 an Dactylo-comptable, elle a perdu sa situation. Elle ne retrouve rien du fait des grèves. Ce n'est pas sa lère T.S., elle s'était defenestrée. Cette fois, elle a pris de l'Elavil et du Mogadon, se réveillant 24 heures après, elle avale du Tofranil.

-

Mme X..., 56 ans.

vit en concubinage - séparée de son mari - 2 enfants 1 Fils de 34 ans, 1 Fille de 38 ans. Enfant de l'Assistance Publique, elle n'est jamais allée à l'école - monteuse en téléphone. Ce ne sont que disputes conjugales : il boit - Elle est fatiguée,

toujours pas remise d'une pneumopathie qui remonte à 3 mois - Deprimée, autant par sa situation que par les évènements actuels.

-

Mme X..., 52 ans

Mariée - sans enfant, ils ont élevé leur neveu - C'est à 20 ans qu'elle a passé son CEP, puis, pris des cours du soir de stanodactylo et d'anglais - L'entente avec son Mari est plus ou moins bonne - Surmenée, elle investit tout dans son travail - Le climat actuel est venu rompre son équilibre - Elle restera très déprimée après son réveil.

-

Mlle X..., 22 ans.

vit en concubinage depuis 3 ans - Elle n'a pas encore assumé le deuil de sa Mère morte, il y a 11 ans - Le remariage de son père complète ses difficultés familiales. Plusieurs épisodes dépressifs avec hospitalisation en milieu psychiatrique - lère T.S. en 67 - Professeur de Français-Latin, elle est désemparée du fait de son inactivité durant les grèves.

-

Mlle X..., 21 ans

vit seule avec son fils - Elle a un ami - Etudiante en CPEM, elle est très déterminée dans ses études - menant parallèlement une activité politique militante : inscrite au PCF depuis Avril.

Elle est en psychothérapie depuis 2 ans, difficultés financières.
Crise de désespoir après le tour des facultés occupées.

-

M. X..., 24 ans

Célibataire, vit seul - Etude jusqu'au Bac Math Elem. Instable dans ses emplois - Dans les antécédents : 2 T.S. un épisode psychotique aigu - sa solitude est plus pesante que jamais : en raison des grèves, il ne peut aller voir ses amis ; la consul-

tation psychiatrique où il se rendait est suspendue.

-

Mme X..., 44 ans

Mère de 4 enfants, elle est remariée et s'entend mal avec son second mari - Surmenée - Sentiment d'inutilité que les évènements viennent accentuer.

Ce faible nombre d'observations nous oblige à être réservés, quant à des remarques générales.

Nous nous aventurerons, néanmoins, à noter que ces 8 tentatives de suicide sont survenues entre le 24 mai et le 1o juin.

- 2 semaines de grèves se sont écoulées avant le premier cas
- les 3 jeunes font leur tentative plus tard, encore le 5 et 10 juin, durant la 4e semaine de grève.

Les âges

3 jeunes : 1 Femme de 21 ans
1 Femme de 22 ans
1 Homme de 24 ans

personne entre 24 et 44 ans puis
2 Femmes de 44 ans
1 Femme de 52 ans
1 Femme de 56 ans
1 Homme de 67 ans

- 2 Hommes seulement - 1/4 contre 31/88 environ 1/3
  Le jeune a un passé psychiatrique 3e T.S., le plus âgé se sent diminué - inutile - 2e T.S.
- 2 sur les 3 jeunes ont un net passé psychiatrique
  la 3e qui est en psychothérapie, s'en rapproche.

- Le rôle déterminant des évènements est matériel dans 6 cas sur les 8. que ce soit pour des raisons financières
  pour une impossibilité de travailler
  ou de trouver un emploi ou encore de se déplacer.

dans les 2 autres, on rélève le rapprochement opéré entre des états d'âme personnels et l'effervescence extérieure.

Un point devient clair : si les évènements ont eu de l'influence sur les tentatives de suicide en Mai 68, on peut observer que cette influence sur les cas dont nous avons eu, ici, connaissance est un "Non-dit".

Pour être précis sur ce point, nous devons faire remarquer une lacune de nos observations : la mention "en grève" n'y était que très rarement portée, et nous ne pouvons savoir si le gréviste était contraint ou volontaire.

Il serait donc étonnant que l'incidence des évènements, des grèves lorsqu'elle a été manifestée ait été induite.

D'un autre côté, le "Non-dit" peut aussi bien tenir au silence du suicidant qu'à celui de ses interlocuteurs.

Ce qui a été dit à propos de la drogue : vague de toxicomanie , n'est pas vérifié dans notre série d'observations

- un seul toxicomane
- il a 17 ans, inhale de l'éther depuis 3 ans, grand déséquilibré, peut être débile, il a fait 2 autres tentatives de suicide par pendaison, puis par noyade.

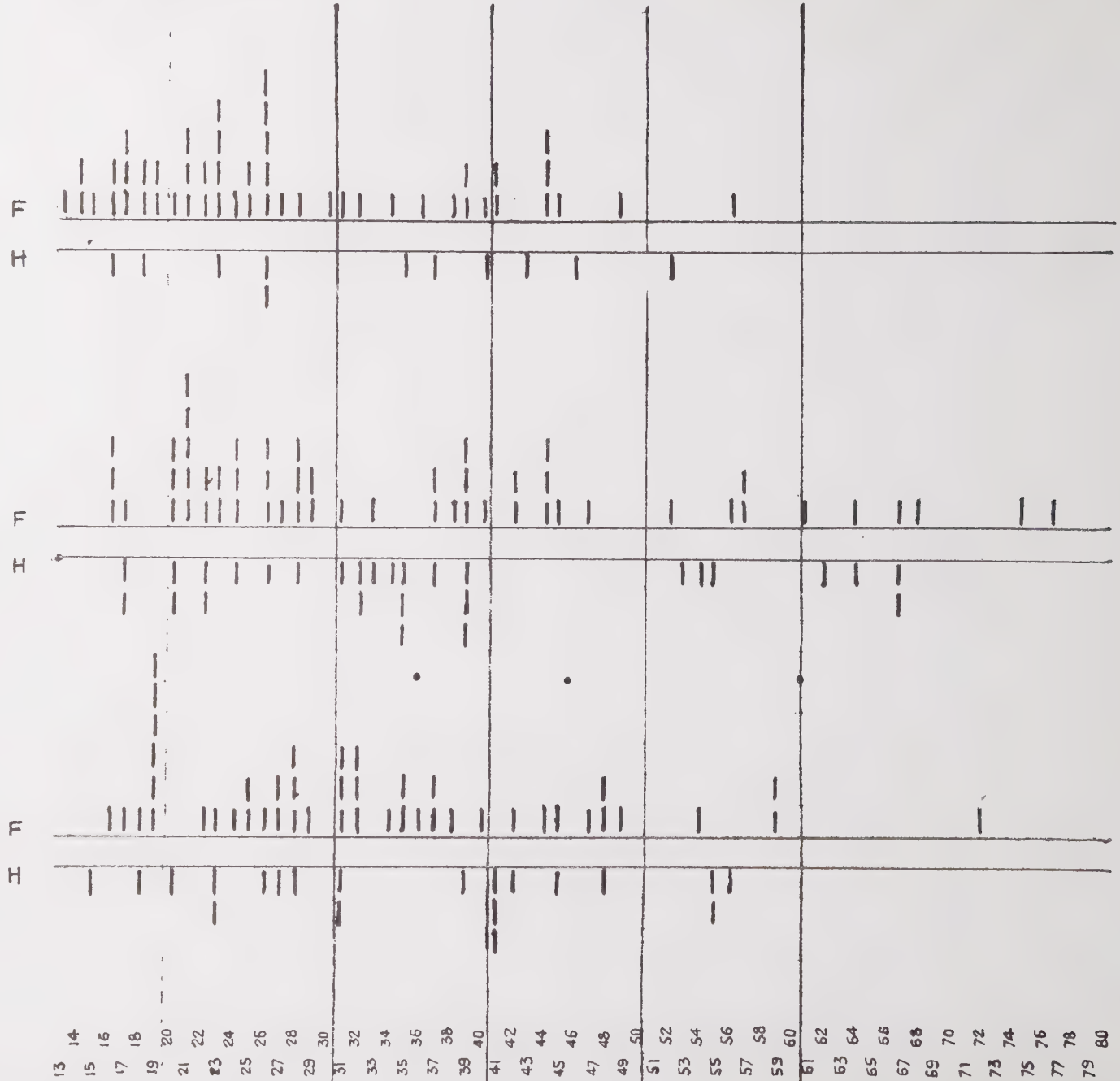
- Les patients, ayant un profil de toxicomanes, se répartissent de façon sensiblement régulières sur les 3 lots.

On peut supposer que les toxicomanes, s'il y en a eu, ont été mis à l'écart des circuits officiels, soit dirigés ailleurs, par exemple sur les services psychiatriques.

La présentation selon âge et sexe met en évidence de nettes différences de répartition.

Nous avons distingué 6 tranches d'âge :

Répartition selon age et sexe par année



du 11 Mai au 20 Juin
1969

du 11 Mai au 20 Juin
1968

du 11 Mai au 20 Juin
1967

moins de 20 ans
de 20 à 30 ans (1)
de 30 à 40 ans
de 40 à 50 ans
de 50 à 60 ans
plus de 60 ans

La période de 68 que nous étudions se distingue tout d'abord par un recrutement de tentatives de suicide des plus âgés :

6 femmes et 4 Hommes en 68
contre 1 seulement en 67
personne en 69

Les Femmes sont majoritaires dans toutes les tranches à l'exception des 30 à 40 - 1968, où ce sont les hommes qui l'emportent.

Ce recrutement de 12 Hommes de 30 à 40 ans, durant les évènements de 68 est original à plusieurs titres :

- par rapport aux autres tranches de 30 à 40 ans

12 Hommes en 68
contre 3 Hommes en 67
et 3 Hommes en 69

donc, nette augmentation qui contraste avec la répartition plus régulière des Femmes :

14 en 67
9 en 68
9 en 69

- contraste avec les quadragénaires

du côté Hommes aucun en 68
contre 6 cas en 67
2 cas en 69

donc nette diminution en 68.
du côté Femmes, régularité à 7 chaque année

---

(1) les moins de 30 ans sont envisagés, tantôt dans une étude globale, tantôt en les subdivisant en 2 : moins de 20 ans et 20 à 30 ans.

- La comparaison avec les moins de 30 ans dans leur ensemble n'est par contre, pas très significative

Coté des Hommmes 8 en 68
contre 5 en 67
et 8 en 69

(augmentation minime en 68 par rapport à 69)

Coté des Femmes 30 cas en 68
contre 21 en 67
et 32 en 69

mais à examiner de plus près on observe :

- pour les Femmes :

une nette diminution des adolescentes en 68 : 3
contre en 67 : 9
en 69 : 11

une augmentation des Femmes de 20 à 30 ans
en 68 : 27
contre en 67 : 21
en 69 : 12

- pour les Hommes
différences moins nettes
2 adolescents chaque année

Si bien que la diminution de leur recrutement n'est que relative à l'augmentation du recrutement d'hommes.

Voyons plus avant, en un tableau synoptique de quelle façon les autres facteurs interviennent dans chacun de ces groupes. (voir la double page suivante)

LES ADOLESCENTS :

- la nette diminution du nombre d'adolescents en 68 peut être, sans grande hésitation, mise en rapport avec leur intérêt pour les évènements de Mai.

- 1 seule des 3 qui se suicident est lycéenne - il existe désaccord avec ses parents - elle a déjà fait d'autres TS.

- 1 autre fait une dépression à la suite d'un accouchement.

	67	68	69
Hommes moins de 30 ans	8 cas 2 de moins de 20 ans 4 Psychoses 1 Comitial 1 Psychopathe 1 Conduite de récidive dans 7 cas : isolement	9 cas (1 inconnu) 2 de moins de 20 ans 6 Psychoses 1 Toxicomane 1 Ethylique 4 Conduites de récidive dans 8 cas : isolement	5 cas (2 inconnus) 2 de moins de 20 ans 2 Psychoses 1 Mythomane
Hommes 30 à 40 ans	3 cas (2 inconnus) 1 Tuberculose	12 cas Pas de Psychose 2 Ethyliques 1 Dépression névrotique 2 Homosexuels 4 Conduites de récidive dans 11 cas : isolement 9 Mariés 7 Difficultés conjugales	3 cas 1 Psychose 1 Dépression 1 Psychopathe Pas de recidive 1 cas d'isolement
Hommes 40 à 50 ans	6 cas (2 inconnus) 3 Ethyliques 1 dépression névrotique	Personne	2 cas 2 Psychopathes
Hommes 50 à 60 ans	3 cas 1 Psychose maniaco-dépressive 2 autres déprimés	3 cas 1 Tuberculose pulmonaire 1 Ethylique 1 antécédent psychiatriques 1 récidive + antécédents psychiatriques	1 cas Tuberculose pulmonaire + Syndrome Frontal + Récidive
Hommes + de 60 ans	Personne	4 cas (1 inconnu) 1 Psychose 1 conduite de récidive 2 problèmes financiers	Personne

69	68	67	
32 cas (1 inconnue) 11 de moins de 20 ans 2 Psychoses 2 Nrveoses 2 Comitiales 6 déprimées 3 Femmes enceintes 2 Psychopathes 10 récidives 15 cas isolement ou difficultés familiales	30 cas (5 inconnues) 3 de moins de 20 ans Pas de psychose 3 névroses 1 Dépression névrotique 3 Femmes enceintes 11 récidives 12 cas isolement ou difficultés familiales	21 cas (5 inconnues) 9 de moins de 20 ans 2 psychoses (dépression atypique) 6 Névroses 3 Femmes enceintes 1 Psoriasis 6 récidives 9 cas isolement ou difficultés familiales	Femmes moins de 30 ans
9 cas (1 inconnue) 2 Psychoses 3 dépressions 1 organique 3 Conduites de récidive 5 cas difficultés conjugales	9 cas (1 inconnue) 1 Psychose 5 dépressions 1 Psychomatique 3 Conduites de récidive 4 Difficultés conjugales (6 Mariées)	14 cas (2 inconnues) 4 Psychoses 1 Comitialité 2 déprimées 1 Névrose 1 Caractérielle 3 Conduites de récidive 7 cas isolement ou difficultés conjugales	Femmes 30 à 40 ans
7 cas (2 inconnues) 1 Ethylique 2 Récidives 2 cas difficultés conjugales	7 cas (2 inconnues) 3 déprimées 1 récidive 2 cas difficultés conjugales	7 cas 1 Comitialité 1 Ethylique 1 Cyclothymique 1 dépressions névrotiques 1 antécédents psychiatr. 1 somatique - 2 récidives	Femmes 50 à 60 ans
1 cas Seule avec 3 enfants Mari parti	4 cas (1 inconnue) 1 Pneumopathie 3 conflits de famille	3 cas 1 Déprimée 3 femmes seules 1 Récidive	Femmes plus de 60 ans
Personne	6 cas (1 inconnue) 2 Psychoses 2 déprimées 1 aveugle Pas de récidive Solitude	1 cas Hémoplégique solitude	

L'augmentation sensible en 69 du nombre de lycéennes laisse, lui aussi, imaginer leur intérêt, puis leur déception.

- on ne peut rien conclure de net, à partir de notre observation, sur les garçons.

HOMMES DE 30 à 40 ANS.

Ce qui est remarquable, en dehors de l'importance relative du recrutement, c'est le peu de pathologie lourde qui intéresse ces hommes.

- il n'y a pas de psychotiques.
- un seul patient accumule antécédents de fugue, ethylisme et récidive
- 2 des 3 autres récidivistes sont homosexuels, mais si l'un est d'une personnalité immature, l'autre se suicide à la suite d'une rupture.
- si l'on trouve des éléments en faveur de déséquilibres.
- si l'on reconnaît de petits signes pouvant évoquer une dépression, ils ne sont guère plus nombreux qu'ailleurs.
-

Cela n'explique pas ce recrutement isolé de 12 cas.

- où l'influence des évènements est non dite.
- où par ailleurs, à la différence des patients qui parlent des évènements et dont les TS sont regroupées plutôt vers la 2e partie de la période des évènements, les TS des hommes de 30 à 40 ans sont échelonnées sur les 6 semaines.

Sans exclure toute hypothèse explicative individuelle, il nous faut considérer cette population comme ayant pu réagir en bloc supposer que les hommes de 30 à 40 ans aient été plus sensibles à la pression des évènements de Mai que d'autres.

Essayons donc de vérifier cette hypothèse à l'aide de notre matériel théorique.

Voyons de plus près, leur situation socioprofessionnelle, leurs difficultés majeures exprimées.

1. Marié - 4 enfants - serrurier (salarié) - difficultés conjugales - éthylisme.
2. Divorcé remarié - agent de maîtrise - difficultés conjugales.
3. Veuf - 2 enfants - cantonnier - son Père s'intéresse à sa Fiancée - Récidive
4. Marié - 5 enfants - téléphoniste - surmenage et contrariétés au travail
5. Marié - 3 enfants - employé RATP - dispute conjugale
6. Divorcé remarié - 2 enfants représentant difficultés conjugales
7. Marie - 1 enfant - Médecin résident étranger sans travail - désaccord conjugal
8. Célibataire - dessinateur industriel - solitude - très déprimé
9. Célibataire - haute couture - rupture liaison homosexuelle - récidive
10. Marié - 4 enfants - métallo-éthylisme - récidive - difficultés conjugales et financières - antécédents de fugues
11. Célibataire - vendeur représentant - Homosexuel - dispute avec ses parents chez qui il vit
12. Marié - 4 enfants - employé P et T - disputes conjugales

Si l'on cherche une explication à partir de la thèse de DURKHEIM

- ces observations individuelles semblent mal cadrer avec le concept d'égoïsme.
- c'est plutôt l'anomie qu'il conviendrait d'envisager.

Nous pouvons supposer que cette anomie intéresse plus particulièrement la cellule familiale.

- bien que n'ayant pas de précision sur l'activité de nos patients, on peut imaginer que les grèves les ont écartés de leur travail, plus souvent retenus à la maison.

- on peut aussi envisager le retentissement sur les couples de la "contestation", peut être la place de la Femme est-elle, durant les évènements, devenue ou vécue comme différente.

- nous n'avons pas l'âge des enfants pour conjecturer sur les difficultés paternelles.

Malheureusement, cette explication ne serait valable que pour 7 des 8 mariés et nous n'en voyons pas (avec DURKHEIM) pour les 5 autres cas

Peut être se trouvent-ils tous dépourvus, du fait des grèves, du moyen de prévention que DURKHEIM proposait comme étant le meilleur ; l'intégration à des groupes professionnels fortement structurés.

Le concept de "genre de vie" d'HALBWACHS peut nous aider à une meilleure compréhension.

Il n'invalide pas les hypothèses précédentes, mais, au contraire, en élargit le cadre.

Les difficultés relationnelles sont quasi générales et elles aboutissent à l'isolement de l'individu.

Envisagé sous l'angle d'HENRY et SHORT on peut distinguer 2 sous groupes :
- l'un assez homogène
  comprenant 6 hommes de condition professionnelle modeste, ayant plusieurs enfants - mariés ou en situation maritale.
- l'autre de 6, moins homogène, comprenant les 3 célibataires et d'un niveau socioprofessionnel plus aisé.

Ces 6 derniers, s'ils subissaient vraiment une faible contrainte externe, seraient plus exposés au suicide.

Mais qu'est-ce que la contrainte externe durant les évènements de Mai 68 ?

Les difficultés de la vie ont-elles été moindres à être représentant ou contremaître ?

Nous sommes incapables de répondre. Il nous est difficile d'imaginer un facteur externe dont la pression sur ces 12 Hommes de 30 à 40 ans ait été plus faible.

Une autre attitude consiste à faire jouer aux évènements un rôle de diviseurs :
ainsi se trouveraient opposés des groupes, tels :
"intéressés au changement" / "conservateurs" /
enfants / parents contestés / etc...
dans lesquels ces hommes, plutôt que de trouver leur place dans un quelconque groupe, resteraient en suspens, instables.
- Contrairement aux adolescents qui ont leur place.
- Contrairement aussi aux quadragénaires
- devrait-on voir aussi dans l' impulsivité et la tendance dépressive, notées dans la majorité des cas, une tendance suici-

daire sur un modèle plus adolescent qu'il n'est Habituel de l'observer à cet âge (cf. BARTER).

Cette division nous semble pourtant bien schématique et artificielle.

LES FEMMES DE 20 A 30 ANS :

Nous avons sur Elles moins de renseignements détaillés : donc (avec davantage de réserve) une théorisation sur un modèle à peu près semblable à celui des hommes de 30 à 40 ans est possible.

Nous pouvons en tirer des conclusions semblables, encore faudrait-il tempérer un peu nos assertions sur la destinée malheureuse des hommesde 30 à 40 ans, si l'on considère que certaines femmes de 20 à 30 ans sont les épouses d'hommes de cet âge.

LES PLUS DE 60 ANS.

Nous ne trouvons pas d'explication très précise au-delà du fait que Mai 68 a dû faire apparaître ou augmenter chez eux l'impression de solitude, d'inutilité, d'être un fardeau pour leur entourage (un homme exprime ce sentiment qu'il met en relation avec les grèves).

Cependant, nous envisageons mal une explication purement individuelle, même dans les cas où existent des éléments pathologiques, pour justifier un tel recrutement.

Un problème capital reste en suspens : celui de la pertinence statistique des différences observées.

Une étude plus vaste est nécessaire :
- soit à partir d'un bien plus grand nombre de dossiers de tentatives de suicide médicamenteuses.
- soit, solution un peu moins satisfaisante, mais plus à notre portée, par la comparaison de nos résultats aux statistiques de l'Institut de Médecine Légale qui, tout au moins, nous donneront un aperçu quantitatif plus fidèle.

Pour en terminer avec l'essai d'application théorique à l'ensemble des dossiers de la Salle LECORCHE, soulignons notre impression de malaise, de "main-forcée" à relever des causes sociales, lorsqu'on a, tout d'abord, examiné les dossiers cas par cas.

DURKHEIM mettait déjà l'accent sur la difficulté d'une telle démarche, sur la part importante de subjectivité qui y entrait.

Voyons donc rapidement les statistiques de l'Institut de Médecine Légale.

Relevé sur le Registre de l'I.M.L.

du 11 Mai au 20 Juin

	FEMMES			HOMMES		
	67	68	69	67	68	69
suicides	18	19	14	40	22	37
Homicides	4	3	6	7	6	7
accidents	39	14	12	85	43	57

sur toute l'année

	FEMMES			HOMMES		
	67	68	69	67	68	69
suicides	160	159	132	331	289	269
homicides	42	38	45	52	76	80
accidents	284	252	199	764	678	603
accidents du travail	1	1	3	130	129	102
accidents par écrasements	116	109	78	343	322	277

STATISTIQUES SUR LA REGION PARISIENNE

Nous avons relevé sur le registre du greffe de l'Institut de Médecine Légale, les suicides, homicides, accidents, répertoriés du 11 Mai au 20 Juin des 3 années, ainsi qu'à titre indicatif, les statistiques des années entières.

Ces enregistrements sont d'une fidèlité différente :
- alors que tous les homicides sont répertoriés
- suicides et accidents ne font pas toujours l'objet d'une enquête de l'I.M.L.
- enfin, il existe un nombre important de causes inconnues.

Sur les 3 années complètes :
- on observe une diminution de 67 à 69, dans les 2 sexes, des suicides et des accidents.
- les homicides d'hommes sont en augmentation
- alors que ceux de femmes marquent une légère inflexion

Sur la période du 11 mai au 20 juin
- l'inflexion du nombre d'homicides, dans les 2 sexes, ne paraît pas très significative
- les variations des suicides et des accidents chez les femmes ne sont pas, non plus, interprétables.
- par contre, nette diminution des suicides et des accidents chez les hommes durant les évènements

Les âges
- pour les Femmes : pas de différences significatives entre les 3 années - maximum entre 30 et 50 ans.
- Pour les Hommes :
  - maximum entre 50 et 60 ans en 68 - comme en 69 il est dans les plus de 60 en 67.
  - donc la classique "cinquantaine meurtrière"
  - par contre les 20 à 30 ans
    les 30 à 40 ans
    et les plus de 60 ans

  sont protégés en 68 par rapport aux autres années.

Comparé à notre population :
- la diminution des adolescentes
- l'augmentation des femmes de 20 à 30 ans
  ne sont pas confirmées à l'IML
- on peut souligner des variations en sens inverse :
  - les hommes de 30 à 40 ans, plus exposés dans notre population, sont dans celle de l'IML protégés.
- les Hommes et les Femmes, de plus de 60 ans, plus exposés dans notre population, sont, dans celle de l'IML protégés.

Afin de tirer plus au clair ces différences, on peut se demander :
- si les enquêtes étaient réclamées avec la même constance en Mai 68 qu'à d'autres moments
- si le choix du poison s'est maintenu dans les mêmes proportions parmi les moyens de geste autoagressifs . Auquel cas, si encore morts volontaires et tentatives de suicide variaient dans le même sens, on pourrait supposer qu'il y a eu une baisse des tentatives de suicide dans la région parisienne.
- les différences qualitatives sont plus difficilement appréciables encore.

Une enquête sur les tentatives de suicide médicamenteuses, sur une échelle plus vaste, serait sur tous les plans un meilleur élément de comparaison et de jugement.

Encore échapperait-il les nombreux empoisonnements, non déclarés comme tels.

Il faut souligner une similitude entre nos dossiers et les enseignements obtenus ici, les modifications les plus importantes intéressent, dans les deux cas, les hommes (mais elles ne sont pas superposables au-delà).

Nous ne pouvons donc rien conclure quant aux différences qualitatives observées entre les morts volontaires et les rescapés.

Quantativement, la confrontation est plus intéressante : cela permettrait de conclure (aux réserves près, que nous venons de voir) à ce que Mai 68 a orienté l'agressivité vers des prises de risques autres que mortelles.

Les jeunes semblent avoir été protégés sur le plan suicidaire. Ceci, au terme de ce travail n'est qu'une présomption. Encore faudrait-il avant de confirmer le rôle protecteur de Mai 68 replacer dans un ensemble plus vaste de conduites (ce qui suppose des sources d'informations très diverses) la conduite suicidaire.

CONCLUSIONS

Ainsi l'examen comparatif des populations suicidantes hospitalisées à l'unité psychiatrique de l'Hôpital Fernand WIDAL (Service de Monsieur le Professeur GAULTIER) fait apparaître des différences entre la période des Evènements de Mai 68 et les mêmes périodes de 1967 et 1969.

- différences quantitatives
- différences qualitatives

Les modifications quantitatives sont dans le sens d'un surnombre paradoxal en 68.

D'avance, nous pressentions que les conditions de fonctionnement du Service (nombre limité de lits - toujours plein) ne permettraient pas de tirer des conclusions sur l'ampleur du phénomène suicide en 68.

La constatation d'une baisse des suicides et des accidents (surtout chez les hommes) et d'une très faible diminution des homicides enregistrés au greffe de l'Institut de Médecine Légale, permet de corriger partiellement ce paradoxe.

Encore nous faut-il supposer que taux de suicide et de tentatives de suicide ont varié dans le même sens et que le choix du poison, parmi les divers moyens, n'a proportionnellement pas varié.

La seule solution, pour lever ces hypothèques, consisterait à effectuer dans l'avenir un travail plus global, par exemple, sur tous les hôpitaux de Paris.

C'est un changement qualitatif qui paraît le plus frappant

par l'apparition, durant les évènements, d'une nouvelle population. Changement intéressant à 2 titres puisque l'on pouvait se demander s'il était en rapport :
- avec un remaniement de l'institution dû aux évènements politiques,
- ou directement avec les évènements.

Sur le plan de l'institution, pas de modification majeure, tout au moins apparente. La phantasmatique (de l'institution) n'a évidemment pas pu être abordée. Quoique celle-ci ait pu avoir une influence sur la durée de l'hospitalisation (plus brève qu'en 67) et sur les récidives ultérieures.

Nous n'avons pas d'éléments à ce sujet. Peut-être existe-t-il un rapport entre l'institution et le relatif silence des observations de suicidants, au sujet des évènements.

Nous ne pouvons donc pas établir de relation précise entre l'institution et la population suicidante de 68.

Les évènements socio-politiques permettent-ils une meilleure théorisation ?

Dans une certaine mesure, l'application des théories étudiées au début de notre thèse est plus satisfaisante dans ce cas.

Nous devons avouer notre profond désarroi devant les obstacles théoriques et méthodologiques que nous avons rencontrés dans ce travail, le peu de certitude qu'il nous apporte, mais soulignons la moisson d'idées, la quantité de questions dont il nous a enrichi, et les futures études que nous pourrions être appelés à proposer afin de tenter de progresser sur tous les points que notre maladresse et notre jeunesse n'ont pu résoudre.

-:-

BIBLIOGRAPHIE

ABT L.E., WEISSMAN F.L.
Acting out theorical and technical.
New York, 1963.

BAYET A.
Le suicide et la morale
Alcan, Paris, 1922.

COLONNA L.
Toxicomanie et conduites suicidaires.
Rev. Prat., 1971, 21, 7, 1079-1087.

BLONDEL C.
Le Suicide
Librairie Universitaire d'Alsace, Strasbourg, 1933.

DELMAS A.
La psychologie pathologique du suicide.
Alcan, Paris, 1932.

DESHAIES G.
Psychologie du suicide.
PUF, Paris, 1947.

DURKHEIM E.
Le suicide, etude de sociologie.
Alcan, Paris, 1897.

EY H.
Le suicide pathologique. Etudes psychiatriques, tome II,
Desclées et Brower, Paris, 1950.

FARBEROW N.L., SHNEIDMAN (E.S.)
The cry of help.
Mc Graw Hill, New York, 1961.

FREUD S.
Deuil et mélancolie
In : Metapsychologie, traduction J. Laplanche et J.B. Pontalis, NRF. Collection idées, Paris, 1968.

FREUD S.
Au-delà du principe de plaisir
In : Essais de psychanalyse, Payot, Paris, 1967.

FREUD S.
Abrégé de psychanalyse.
Trad. Anne Berman, PUF.

GALLOT H.M.
Le suicidé survivant.
Vie méd., 1959, 40.

GAULTIER M. et coll.
La tentative de suicide par empoisonnement chez l'adolescent.

GORCEIX A., ZIMBACCA N.
Etudes sur le suicide.
Masson, Paris, 1968.

GORCEIX A., HAIM A., JEAN M.
Table ronde sur le suicide.
Vie méd., 1963, 21.

GORCEIX A., ZIMBACCA N., DUSSAUCY E.
Nocivité du milieu environnant dans le déterminisme de la conduite suicidaire.
In : l'encéphale, 1968.

HAIM A.
Les suicides d'adolescents.
Payot, Paris, 1969.

HALBWACHS M.
Les causes du suicide.
Alcan, Paris, 1930.

HENRY A.F., SHORT J.F.
Suicide and homicide.
New York (Free Press of Glencoe), 1964.

LAPLANCHE J., PONTALIS J.B.
Vocabulaire de la psychanalyse.
PUF. 1967.

MERLOO J.A.M.
Le suicide.
Charles Dessart, Bruxelles, 1966.

PORTERFIELD A.L.
Traffic fatalities suicide and homicide.
Am. Sociological rev., 1960, 25.

RESNIK H.L.P.
Suicidal behaviours.
Little Brown, Boston, 1968.

SCHNEIDER P.B.
La tentative de suicide.
Paris, Neuchatel (Delachaux et Niestlé), 1954.

SOUBRIER J.P.
Un centre de prévention de suicide, cela existe-t-il ?
Entretiens de Bichat, 1969, Thérapeutique.
Expansion Scientifique française, 1969.

SOUBRIER J.P.
La prévention du suicide à partir d'une institution spécialisée.

STENGEL E.
Suicide and attempted suicide.
Penguin Books, 1964.

STENGEL E., COOK N.G.
Attempted suicide, its social signifiance and effets
Chapman and Hall, London, 1958.

Suicide Skandia Symposium, sept. 71.

Suicide et Mass Media, 3e Réunion du groupement d'études et de prévention du suicide,
Paris, 1971, Masson éditeur.

TETAZ N.
Le suicide enquête.
Labor et Fides, Genève, 1971.

De nombreuses revues à propos de mai 68 :

PARTISANS mai-juin 68 (nº 42).
contient une chronologie à travers des textes, tracts, articles, déclarations.

Divers articles parus dans "Esprit", "Les Temps Modernes", années 68 et 69, devraient guider une étude plus large.

-:-

SERMENT

-:-

En présence des Maîtres de cette Ecole, de mes chers condisciples et devant l'effigie d'Hippocrate, je promets et je jure d'être fidèle aux lois de l'honneur et de la probité dans l'exercice de la Médecine. Je donnerai mes soins gratuits à l'indigent et n'exigerai jamais un salaire au-dessus de mon travail. Admis dans l'intérieur des maisons, mes yeux ne verront pas ce qui s'y passe ; ma langue taira les secrets qui me seront confiés, et mon état ne servira pas à corrompre les moeurs ni à favoriser le crime. Respectueux et reconnaissant envers mes Maîtres, je rendrai à leurs enfants l'instruction que j'ai reçue de leurs pères.

Que les hommes m'accordent leur estime si je suis fidèle à mes promesses !

Que je sois couvert d'opprobre et méprisé de mes confrères si j'y manque !